

**SKIEROWANIE  
DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO**

**Niniejszym kieruję:**

1. Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

2. Adres zamieszkania świadczeniobiorcy .....

.....

3. Adres do korespondencji /jeżeli jest inny niż adres zamieszkania/ .....

.....

4. Nr telefonu do kontaktu .....

.....

5. Nr PESEL i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

6. Rozpoznanie w języku polskim według ICD – 10 /choroba zasadnicza i choroby

współistniejące/ .....

.....

- Choroba zakaźna tak/nie\*, jeśli tak to jaka? .....
- Gruźlica tak/nie\*, jeśli tak to czy w stadium zakaźnym tak/nie\*
- Narkomania tak/nie\*
- Choroba psychiczna tak/nie\*, jeśli tak to jaka? .....

7. Dotychczasowe leczenie .....

.....

8. Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia **tak/nie\***

9. Liczba punktów w skali **BARTHEL**, które otrzymał świadczeniobiorca\*\* .....

10. Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia tak/nie\*

11. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy /imię i nazwisko, adres

podmiotu, nr telefonu do kontaktu/\*\*\* .....

.....

12. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy /imię i nazwisko, adres

podmiotu, nr telefonu do kontaktu/\*\*\* .....

.....

**do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w Hajnówce.**

.....  
Miejscowość, dnia

.....  
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć  
podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz  
ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym  
podmiocie.

\*niepotrzebne skreślić

\*\*jeżeli jest wymagana

\*\*\*fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy